

Improving sexual and reproductive health care for poor and underserved girls : impact of a voucher program on access and quality of primary care in Nicaragua

Citation for published version (APA):

Meuwissen, L. E. M. M. (2006). *Improving sexual and reproductive health care for poor and underserved girls : impact of a voucher program on access and quality of primary care in Nicaragua*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Universiteit Maastricht. <https://doi.org/10.26481/dis.20060920lm>

Document status and date:

Published: 01/01/2006

DOI:

[10.26481/dis.20060920lm](https://doi.org/10.26481/dis.20060920lm)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

Download date: 05 May. 2023

Summary

Teenage pregnancy is very common in Nicaragua and adolescents make little use of modern contraceptives. Each year, 119 per 1000 girls between 15 and 19 years old give birth. By the age of 19, 45% of girls are either pregnant or have already given birth. This thesis describes the evaluation of a competitive voucher program for adolescents in Managua, the capital of Nicaragua, aimed at increasing access to and quality of sexual and reproductive health (SRH) care for adolescents. The ultimate objective of the intervention was to reduce the rate of unwanted pregnancies and the risks of contracting sexually transmitted infections (STIs), including HIV. The intervention involved the distribution of vouchers to adolescents aged between 12 and 20, living in disadvantaged areas of Managua. Vouchers could be exchanged for a free-of-charge consultation relating to SRH care in one of 19 participating clinics. The context of the intervention, the research questions and the structure of the thesis are discussed in *chapter 1*.

To better understand the factors behind adolescents' current low use of contraceptives and to identify opportunities for effective interventions, literature from Nicaragua and Latin America was reviewed and is discussed in *chapter 2*. The main findings were that the vast majority of people engage in sexual relations during their teens, but many adolescents lack complete and accurate information on the risks involved and the possibilities for protecting themselves against these risks. Furthermore, many sexual relations are characterised by marked power disparities, and an unknown percentage of teenage pregnancies are due to abusive sexual relations. There is a general reluctance among adults in Latin America to talk about adolescents' sexuality at all levels – from the individual to the political. This reluctance reflects a number of factors: the socio-cultural background of machismo; the strong influence of the Catholic Church; and the generalised disapproval of recreational sex for young people, especially for girls. Female adolescents who want to use contraceptives face obstacles related to the availability, accessibility, quality and confidentiality of services. Without easy access to information and health care services it is impossible to determine to what extent the non-use of contraceptives by adolescents should be explained by social, cultural and religious norms and mechanisms, or as a consequence of the lack of access to reliable information and confidential health services.

The first part of chapter 3 provides a description of available literature on interventions in Latin America that aimed at improving adolescents' access to health care and contraceptives. Until now, few of such interventions have been rigorously evaluated and documented. None of these evaluations provided evidence

of success in increasing adolescents' uptake of SRH care services or contraceptives. Recently, the concept of 'adolescent friendly services' has been developed. This offers a comprehensive framework that facilitates the design of interventions that comprise all of the organisational, technical and communicative elements important for health care delivery to adolescents. Presently, interventions based on this concept are being implemented and evaluated in many places in the developing world.

In chapter 3.3, the provision of health care services to adolescents in Managua is detailed. Despite representing approximately 25% of the population, very few resources are directly devoted to adolescents through the existing health system. Institutional norms and practices in providing SRH care to adolescents were characterised by the existence of medical barriers and biases and were inconsistent with international 'best practice'. In Managua, female adolescents normally only start using SRH care services once they are pregnant, while male adolescents prefer to use a pharmacy if they have STI symptoms. In other words, there is a clear need for interventions that improve access to and the quality of SRH care for adolescents.

In 1996, the Central American Health Institute (Instituto CentroAmericano de la Salud, ICAS) had implemented a competitive voucher program in Managua to improve access to STI treatment among sex workers as a means of contributing to reducing HIV prevalence among this underserved group. 'Competitive' refers to the fact that a number of different providers are involved in the program, with consumers able to choose between them. This encourages the providers to compete to attract and retain voucher holders. The concept of competitive voucher programs, and experiences with their implementation, are presented in *chapter 4.1*. Inspired by the success of this intervention, ICAS developed, in collaboration with the London School of Hygiene and Tropical Medicine, a pilot program to increase the access to and quality of SRH care for underserved adolescents using a similar mechanism. The British Department for International Development (DFID) provided the funding, and ICAS was the voucher agency. A memorandum of understanding was signed with the Ministry of Health, and the program was piloted in Managua from 2000-2002. It is this pilot program that is the subject of the studies underlying this thesis.

The specific objectives of the intervention were to: 1) facilitate access to and improve the quality of SRH care services for adolescents; 2) increase adolescents' use of SRH care services; and 3) increase adolescents' knowledge and use of contraceptives. Under the program, vouchers were distributed to poor adolescents,

aged 12 to 20, at markets, outside schools and door-to-door in disadvantaged neighbourhoods. Distribution was done by ICAS adolescent fieldworkers, non-governmental organisations (NGOs), clinics (for example, to friends of pregnant girls or partners of adolescent STI patients), and adolescent clubs associated with clinics. The vouchers were not person-bound and were valid for three months. They entitled the bearer to a free consultation and follow-up visit at any of the four public, five private and ten NGO clinics contracted by ICAS. The SRH care service package consisted of counselling, family planning, pregnancy testing, antenatal care and syndromic STI treatment. All voucher users received a booklet on adolescent health; two condoms with supportive information; as well as access to laboratory tests (for pregnant girls), drug treatment for STIs, and contraceptives, as required. The selection of clinics was based on suitability and proximity to the areas where vouchers were distributed. During each consultation, doctors completed standard medical forms based on 'best practices'. Participating clinics were reimbursed based on the number of completed forms returned with a voucher attached and previously agreed fees. Capacity building for staff from participating clinics involved a short introduction to the program, followed by training sessions on counselling, adolescence and sexuality, contraceptives, syndromic STI treatment and sexual abuse. All doctors received an information manual with background information and guidelines. The details of the intervention are described in *chapter 4.3*.

Monitoring and evaluation of the program was undertaken using a number of different instruments: self-administered questionnaires; medical forms; interviews with doctors and simulated patients before, during and after the program; and focus group discussions with adolescents. The design of the evaluation study is discussed in *chapter 4.4*.

A quasi-experimental design was used to examine the impact of the intervention on the use of SRH care and the knowledge and use of contraceptives and condoms. The results of this study are presented in *chapter 5*. Community sampling took place in markets, neighbourhoods and outside schools, in a representative sample of the low-income areas of Managua where the intervention had taken place. Self-administered questionnaires were distributed to female adolescents aged 12 to 20. The questionnaires were introduced as a study seeking their opinions on health care delivery to adolescents, and were not linked to the voucher program. The study comprised a random sample of 3,009 female adolescents, of whom 904 were voucher receivers and 2,105 had never received a voucher. Voucher receivers had a significantly higher use of SRH care compared with non-receivers. Voucher receivers had greater knowledge of contraceptives and STIs than non-receivers. At

schools, sexually active voucher receivers had a significantly higher use of modern contraceptives than non-receivers. In neighbourhoods, condom use during last sexual contact was significantly greater among voucher receivers than non-receivers.

In *chapter 6*, the analyses of the medical files from the 3,301 consultations with female voucher users is described. Adolescents who used a voucher presented SRH problems that warranted medical attention. The mean number of problems presented was 1.5 per consultation. One third of the vouchers were used for contraceptives, nearly one third for complaints related to STIs or reproductive tract infection (RTI), 28% for counselling/advice, 28% for antenatal check-up, and 18% for pregnancy testing. A new category of health care users emerged: sexually active girls who were neither pregnant nor mothers, who sought contraceptives or STI/RTI treatment. Contraceptive use doubled among the sexually active non-pregnant voucher redeemers. Consultation with a female doctor younger than 36 years was associated with a higher chance of having contraceptives prescribed. This illustrates the influence providers have on the response to girls' needs.

In *chapter 7*, the results are presented of the survey undertaken to determine how the quality of SRH care delivered through the voucher program was perceived in comparison to the care normally received. The self-administered questionnaire comprised questions designed to explore girls' feelings about the care received. Seven hundred of the 3,009 respondents had sought SRH care in the last 15 months, 221 with a voucher (users-with-voucher) and 479 without a voucher (users-without-voucher). Their anonymously completed questionnaires were used to analyse the determinants of their satisfaction. Clear associations were found between the perceived quality of care and voucher use. The satisfaction of the users-with-voucher was significantly higher compared with users-without-voucher. Voucher use was also associated with more frequent satisfaction with the reception in the clinic, especially among sexually active girls not yet pregnant or mothers. However, the clarity of doctors' explanations was not perceived differently between the two groups. Overall, the satisfaction of users of SRH care services was highly correlated to satisfaction with clinic reception and clarity of doctors' explanations. Voucher use, longer consultation times, shorter waiting times, older age, and having a female doctor positively influenced user satisfaction.

Since the provider plays a crucial role in service provision, a survey was conducted to assess if participation in the program prompted changes in doctors' knowledge, attitudes and practices. This study is described in *chapter 8*. Nearly all participating doctors (N=37) were interviewed before the intervention, and 23 were interviewed

after the intervention, by one of the doctors on the research team. Their answers confirmed the existence of provider related barriers that adolescents in Nicaragua may face. The initial interviews disclosed serious deficiencies in doctors' knowledge, attitudes and practices relating to adolescent SRH-issues. Gender and age of the doctor were not associated with the initial scores, which measured the correct answers. Comparing scores from before and after the intervention revealed significant increases in doctors' knowledge of contraceptives and STIs; barriers to contraceptive use significantly diminished; and some attitudinal changes were observed. Furthermore, doctors became more aware of the need to improve their communication skills and were positive about the program.

All participating clinics were visited before, during and after the intervention, by simulated patients (SPs) (female adolescents) requesting contraception. After each consultation, they were interviewed, using a standardized questionnaire, by one of the doctors on the research team. The objective of this survey was to assess whether the doctors' performance improved as a result of participation in the voucher program. *Chapter 9* presents their experiences. The SP survey yielded important and relevant information on providers' performance. SPs experiences were illustrative of the difficulties that adolescents may encounter when requesting contraceptives. A considerable number of SPs returned 'empty-handed', although none had contraindications for using contraceptives. The care provided during the voucher program improved in relation to some important outcomes: more SPs were involved in the choice of contraceptive method and more received a contraceptive method. The improvements were more pronounced among providers with the weakest initial performance. Shared decision-making and condom promotion remained at a significantly higher level after the pilot program had ended.

In *chapter 10*, the main findings are discussed. The SRH care needs of many adolescents were met with a relatively simple intervention utilizing existing health facilities. While no other studies in Latin America have reported similar results they have been recorded elsewhere. Outreach activities, combined with easy access to adolescent friendly health services, appear key factors to success.

Teenage girls were more frequently satisfied with the health services when they had used a voucher. Confidential and guaranteed access appeared important contributing factors. Most providers were not well prepared for the task of consulting adolescents, neither in terms of their technical knowledge nor their communication skills. This reinforces the need to strengthen medical training in this area. Furthermore, it explains why a voucher program aiming at improving SRH care for adolescents needs to comprise training of providers and development

of systems for providing feedback and support. Extra attention to improving the quality of SRH care is important because it is providers who determine whether current and continuing needs are met. This is due to two factors. First, to the crucial role that providers play in identifying and responding to girls' needs, and second to the crucial role that user satisfaction has in the acceptance of the advice given and in intention to return.

On the basis of the empirical studies on which this thesis is based, we have been able to draw a number of policy relevant conclusions. First, responding to adolescents' needs for confidential SRH care can significantly contribute to the prevention of serious public health problems related to early teenage pregnancy, unwanted pregnancy, and STIs. Second, reaching sexually active adolescents who are not yet pregnant probably yields the highest public health impact. Third, existing health services can be made accessible, appropriate and acceptable to adolescents, relatively quickly and without huge investment, through a voucher program. Fourth, incorporation of the views of adolescents is crucial if the intervention is to effectively meet their specific needs. Fifth, a 'comprehensive' voucher program, that is, a competitive voucher program that pays explicit attention to improving and supporting providers, is likely to generate a more sustainable improvement in the quality of care than a program based principally on competition between providers. Sixth, a valuable area for further research would be to determine if the coverage of the intervention could be expanded to other groups of adolescents by developing a system to assess the 'adolescent friendliness' of existing clinics, and prominently displaying this accreditation outside clinics. Last but not least, the sustainability of a voucher program lies in its potential to prompt ongoing change in the way adolescents use health care services and in the way the health services attend to adolescents. In view of the substantial direct costs saved at both the individual and societal level when rates of unwanted pregnancies and STIs decrease, the intervention is likely to be highly cost effective.

The program proved to be an effective approach to meeting needs of many adolescents in Managua and later in other Nicaraguan cities, and it is probable that it would prove effective elsewhere. Responding to adolescents' needs for SRH care enables them to reduce the risks of sexual behaviour and to assume responsibility for their own well-being and that of their partners. Therefore, the overriding recommendation drawn from our research is to start now implementing voucher programs for adolescents, and to incorporate evaluation strategies in the design of these interventions so that the difference that accessible, affordable, appropriate and confidential SRH care can make to the quality of life and life time opportunities of adolescents in developing countries can be tracked and measured.

Samenvatting

Tienerzwangerschap is heel gewoon in Nicaragua en adolescenten maken weinig gebruik van moderne anticonceptiva. Elk jaar krijgen 119 van de 1000 meisjes tussen 15 en 19 jaar een baby. Op hun 19e is 45% van de meisjes zwanger of al moeder. Dit proefschrift beschrijft de evaluatie van een competitief voucherprogramma voor adolescenten in Managua, de hoofdstad van Nicaragua. Dit programma was gericht op het verhogen van de toegang en kwaliteit van de seksuele en reproductieve gezondheidszorg (SRG) voor adolescenten. Het uiteindelijke doel van de interventie was het verminderen van ongewenste zwangerschappen en van de risico's op seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's), inclusief HIV. De interventie bestond onder andere uit het uitdelen van vouchers aan adolescenten van tussen de 12 en 20, woonachtig in achterstandswijken van Managua. Een voucher is een bon waarmee voor een bepaalde dienst kan worden betaald. In dit programma konden vouchers worden gebruikt voor een gratis consult seksuele en reproductieve gezondheidszorg in een van de 19 deelnemende klinieken. De context van de interventie, de onderzoeksvragen en de opbouw van het proefschrift worden behandeld in *hoofdstuk 1*.

Om de factoren die bijdragen tot het huidige lage niveau van gebruik van anticonceptiemiddelen beter te begrijpen, en de mogelijkheden voor effectieve interventies te identificeren, werd literatuur uit Nicaragua en andere Latijns-Amerikaanse landen bestudeerd. Deze wordt behandeld in *hoofdstuk 2*. De belangrijkste bevindingen waren dat de overgrote meerderheid van mensen seksuele verhoudingen aangaan in hun tienerjaren, maar dat het veel adolescenten ontbreekt aan complete en accurate informatie over de hieraan verbonden risico's en de mogelijkheden zich te beschermen tegen deze risico's. Bovendien worden veel seksuele relaties gekenmerkt door een duidelijke machtsongelijkheid, en een onbekend percentage van tienerzwangerschappen is het gevolg van seksueel misbruik. Er bestaat een algemene weerzin onder volwassenen in Latijns Amerika - van individueel tot politiek niveau - om op een constructieve manier over seksualiteit te praten. Deze weerzin komt voort uit een aantal factoren: de sociaal-culturele achtergrond van het machismo; de sterke invloed van de Katholieke Kerk; en de algemene afkeuring van recreatieve seks voor jonge mensen, speciaal voor meisjes. Vrouwelijke adolescenten die anticonceptiemiddelen willen gebruiken komen obstakels tegen die te maken hebben met de beschikbaarheid, toegankelijkheid, kwaliteit en vertrouwelijkheid van de dienstverlening. Zonder eenvoudige toegang tot informatie en gezondheidszorg is het onmogelijk te bepalen in welke mate het niet-gebruiken van anticonceptiemiddelen door adolescenten

moet worden verklaard uit sociale, culturele en religieuze normen en mechanismen, of als voortvloeisel van het gebrek aan toegang tot betrouwbare informatie en vertrouwelijke gezondheidszorg.

Hoofdstuk 3.2 geeft een overzicht van de beschikbare literatuur over interventies in Latijns Amerika die tot doel hadden de toegang tot gezondheidszorg en anticonceptiemiddelen voor adolescenten te verbeteren. Tot nu toe zijn er weinig van zulke interventies grondig geëvalueerd en gedocumenteerd, en geen enkele evaluatie toonde succes aan in het verhogen van het gebruik van SRG of anticonceptiemiddelen door adolescenten. Recentelijk is het concept van ‘adolescentvriendelijke dienstverlening’ ontwikkeld. Dit biedt een veelomvattend kader voor het ontwerpen van interventies die alle organisatorische, technische en communicatieve elementen bevatten die belangrijk zijn voor het verlenen van gezondheidszorg aan adolescenten. Op dit moment worden er op veel plaatsen in ontwikkelingslanden interventies uitgevoerd die gebaseerd zijn op dit concept.

In *hoofdstuk 3.3* wordt de gezondheidszorg aan adolescenten in Managua nader beschreven. Ondanks dat zij ongeveer 25% van de bevolking uitmaken worden er zeer weinig middelen direct besteed aan adolescenten in het bestaande gezondheidszorgsysteem. Institutionele normen en de dagelijkse praktijk van SRG aan adolescenten worden gekenmerkt door medische obstakels en onjuiste gebruiken, en zijn niet consistent met internationaal aanvaarde normen. In Managua maken vrouwelijke adolescenten normaliter pas gebruik van de gezondheidszorg als zij al zwanger zijn, terwijl mannelijke adolescenten de voorkeur geven aan de apotheek als zij symptomen hebben van een SOA. Kortom, er bestaat een duidelijke noodzaak voor interventies die de toegang en kwaliteit van SRG voor adolescenten verbeteren.

In 1996 heeft het Centraal Amerikaans Gezondheid Instituut (Instituto Centro Americano de la Salud, ICAS) een competitief voucherprogramma in Managua uitgevoerd om te toegang tot behandeling van SOA's onder sekswerkers te verbeteren, en op die manier bij te dragen aan het reduceren van de HIV-prevalentie in deze groep mensen die verstoten zijn van gezondheidszorg. Competitief verwijst naar het feit dat er verschillende zorgverleners betrokken zijn bij het programma, waarbij de patiënten vrij tussen hun kunnen kiezen. Dit moedigt zorgverleners aan om met elkaar te concurreren om voucher bezitters aan te trekken en te behouden als klant. Het concept van competitieve voucherprogramma's, en ervaringen met hun uitvoering, worden beschreven in *hoofdstuk 4.1*. Geïnspireerd door het succes van deze interventie ontwikkelde het ICAS, in samenwerking met de London School of Hygiene and Tropical Medicine, een pilot

programma om de toegang en kwaliteit van de SRG zorg voor kansarme adolescenten te verbeteren, gebruik makend van een gelijksoortig mechanisme. Het British Department for International Development (DFID) stelde de fondsen beschikbaar en het ICAS was de uitgever van de vouchers. Er werd een memorandum of understanding getekend met het Ministerie van Gezondheid, en het pilot programma werd uitgevoerd in Managua van 2000 tot 2002. Het was dit voucherprogramma dat het onderwerp van studie is van dit proefschrift.

De specifieke doelstelling van de interventie waren om: 1) de toegang en kwaliteit van de SRG zorg voor adolescenten te verbeteren; 2) het gebruik van de SRG zorg door adolescenten te verhogen; 3) de kennis en het gebruik van anticonceptiemiddelen onder adolescenten te verhogen. Als onderdeel van het programma werden vouchers uitgedeeld aan arme adolescenten van 12 tot 20 jaar, op markten, buiten schoolterreinen en van deur tot deur in achterstandswijken. De distributie werd uitgevoerd door adolescenten die ingehuurd waren als veldwerkers door ICAS, door niet-gouvernementele organisaties (NGO's), door klinieken (bijvoorbeeld voor vriend(inn)en van zwangere meisjes of partners van voucher gebruikers met een SOA), en door adolescenten uit z.g. adolescentenclubs die verbonden zijn aan klinieken. De vouchers waren niet persoonsgebonden en drie maanden geldig. Ze gaven de eigenaar recht op een gratis consult en een vervolg visite in een van de vier publieke, vijf privé- of tien NGO-klinieken die waren gecontracteerd. Het SRG dienstenpakket bestond uit voorlichting/advies, anticonceptie, een zwangerschapstest, zwangerschapscontrole en syndromatische SOA behandeling. Alle vouchergebruikers ontvingen een boekje over de puberteit, twee condooms met een informatieve folder, en daarnaast - afhankelijk van de behoefte - laboratoriumtesten (voor zwangere meisjes), medicijnen voor de SOAs en anticonceptiemiddelen. De selectie van de klinieken was gebaseerd op geschiktheid en nabijheid ten opzichte van de gebieden waar de vouchers werden uitgedeeld. Gedurende ieder consult vulden de artsen medische formulieren in die gebaseerd waren op 'best practices'. De participerende klinieken werden betaald op basis van het aantal ingevulde formulieren met een ingesloten voucher, volgens tevoren overeengekomen tarieven. De kundigheid van het personeel van de betrokken klinieken werd versterkt door een bijeenkomst waarin het programma werd uitgelegd, gevolgd door een serie van vier trainingssessies over counseling, adolescentie en seksualiteit, anticonceptiemiddelen, geslachtsziektebehandeling en seksueel misbruik. Alle artsen ontvingen een handleiding met achtergrond informatie en richtlijnen. De details van de interventie worden beschreven in *hoofdstuk 4.3*.

Voor de monitoring en evaluatie van het programma werden een aantal

verschillende instrumenten gebruikt: zelfingevulde vragenlijsten, medische formulieren, interviews met artsen en met simulatiepatiënten vóór, tijdens en na het programma en focusgroepdiscussies met adolescenten. Het ontwerp van de evaluatiestudie wordt beschreven in *hoofdstuk 4.4*.

Om de impact van de interventie op het gebruik van de SRG zorg en de kennis over anticonceptiemiddelen en condooms te onderzoeken werd een quasi-experimentele onderzoeksopzet gebruikt. De resultaten van deze studie worden gepresenteerd in *hoofdstuk 5*. Steekproeven werden genomen van vrouwelijke adolescenten in een representatieve selectie van de plaatsen waar vouchers waren uitgedeeld: op markten, buiten scholen en in achterstandswijken. Zelf-in-te-vullen vragenlijsten werden uitgedeeld onder vrouwelijke adolescenten tussen de 12 en 20 jaar oud. De vragenlijsten werden aan hen gepresenteerd als een onderzoek naar hun mening over de gezondheidszorg voor adolescenten en werden niet gekoppeld aan het voucherprogramma. De studie omvatte een aselechte steekproef van 3,009 adolescenten, van wie 904 in het afgelopen jaar een voucher hadden ontvangen en 2,105 nog nooit een voucher hadden ontvangen. Ontvangers van vouchers hadden een significant hoger gebruik van SRG zorg vergeleken met niet-ontvangers. Voucherontvangers hadden een grotere kennis van anticonceptiemiddelen en SOA's dan niet-ontvangers. De seksueel actieve voucherontvangers die gerecruteerd waren buiten de scholen hadden een significant hoger gebruik van moderne anticonceptiemiddelen dan niet-ontvangers. In de achterstandswijken was het gebruik van een condoom bij het laatste seksuele contact significant hoger bij voucherontvangers dan bij niet-ontvangers.

In *hoofdstuk 6* wordt de analyse van de medische formulieren van 3,301 vrouwelijke adolescenten die een voucher gebruikt hadden, beschreven. De adolescenten die een voucher gebruikten presenteerden zich met SRG-problemen die medische aandacht rechtvaardigden. Het gemiddeld aantal problemen was 1,5 per consult. Eenderde van de vouchers werd gebruikt voor anticonceptiemiddelen, bijna éenderde voor klachten gerelateerd aan SOA's of een infectie van de reproductieve organen, 28% voor counseling/advies, 28% voor zwangerschapscontrole, en 18% voor een zwangerschapstest. Een nieuwe categorie van gebruikers van gezondheidszorg verscheen: seksueel actieve meisjes die noch zwanger noch moeder waren, en die kwamen voor anticonceptiemiddelen of geslachtsziektebehandeling. Het gebruik van anticonceptiemiddelen verdubbelde onder de seksueel actieve, niet-zwangere vouchergebruikers. Consult met een vrouwelijke arts jonger dan 36 jaar resulteerde in een grotere kans tot het voorgeschreven krijgen van anticonceptiemiddelen. Dit illustreert de invloed die zorgverleners hebben op het beantwoorden van de zorgbehoefte van de meisjes.

In *hoofdstuk 7* worden de resultaten gepresenteerd van de studie die werd ondernomen om te bepalen hoe de kwaliteit van de SRG-zorg werd ervaren in vergelijking tot de normaal ontvangen zorg. De zelf-in-te-vullen vragenlijst bevatte vragen die waren opgesteld om de gevoelens van de meisjes omtrent de ontvangen zorg te verkennen. Zevenhonderd van de 3,009 respondenten waren in de laatste 15 maanden naar de dokter gegaan voor een consult SRG: 221 van hen met een voucher (gebruikers-met-voucher) en 479 zonder voucher (gebruikers-zonder-voucher). Hun anoniem ingevulde vragenlijsten werden gebruikt om de determinanten van hun tevredenheid te analyseren. Er werd een duidelijk verband gevonden tussen de ervaren kwaliteit van de zorg en vouchergebruik. De tevredenheid van de gebruikers-met-voucher was significant hoger dan die van gebruikers-zonder-voucher. Vouchergebruikers waren ook vaker tevreden met de ontvangst door de kliniek dan de gebruikers-zonder-voucher, vooral de seksueel actieve meisjes die nog niet zwanger of moeder waren.

De duidelijkheid van de uitleg van de artsen werd niet verschillend beleefd tussen de twee groepen. In het geheel genomen, was de tevredenheid van de gebruikers van de SRG zorg sterk gecorreleerd met de tevredenheid over de ontvangst en de duidelijkheid van de uitleg van de arts. Vouchergebruik, langere tijd van consult, kortere wachttijden, hogere leeftijd en het hebben van een vrouwelijke arts beïnvloedden de tevredenheid van de gebruikers positief.

Aangezien de zorgverlener een cruciale rol speelt m.b.t. de kwaliteit van de zorg, werd een studie uitgevoerd om te bepalen of deelname aan het programma veranderingen met zich meebracht in de kennis, houding en praktijk van de artsen. Deze studie wordt beschreven in *hoofdstuk 8*. Bijna alle deelnemende artsen (N=37) werden geïnterviewd door één van de artsen van het onderzoeksteam vóór de interventie en 23 na de interventie. Hun antwoorden bevestigen het bestaan van zorgverlenergerelateerde obstakels waar adolescenten in Nicaragua mee te maken kunnen krijgen. De eerste interviews legden serieuze tekortkomingen bloot in de kennis, houding en praktijk van artsen betreffende SRG-zaken omtrent adolescenten. De sekse en leeftijd van de arts waren niet geassocieerd met de scores die het aantal goede antwoorden weergaven. De scores vóór en na de interventie vergelijkend, is er een significante vergroting van de kennis over anticonceptiemiddelen en SOA's onder de artsen waar te nemen, de obstakels tot gebruik van anticonceptiemiddelen verminderden significant, en er konden enkele houdingsveranderingen worden waargenomen. Artsen werden zich bovendien bewust van de noodzaak hun communicatieve vaardigheden te verbeteren, en oordeelden positief over het programma.

Alle deelnemende klinieken werden vóór, tijdens en na de interventie bezocht door

simulatiepatiënten (SPs) (vrouwelijke adolescenten) die om een voorbehoedsmiddel vroegen. Na ieder consult werden zij geïnterviewd met behulp van een gestandaardiseerde vragenlijst door één van de artsen van het onderzoeksteam. Het doel van deze studie was te bepalen of het functioneren van de artsen verbeterde als resultaat van deelname aan het voucherprogramma. In hoofdstuk 9 worden hun ervaringen beschreven. De SP-studie leverde belangrijke en relevante informatie op over het functioneren van de zorgverleners. De ervaringen van de SPs waren illustratief voor de moeilijkheden die een adolescent kan tegenkomen als ze om anticonceptiemiddelen vraagt. Voordat de interventie begon, ging een aanzienlijk aantal van de SPs met lege handen naar huis, hoewel ze geen van alle contra-indicaties voor het gebruik van voorbehoedsmiddelen hadden. De zorg geleverd gedurende het programma verbeterde op een aantal belangrijke punten: meer SPs werden betrokken bij de keuze van het voorbehoedsmiddel en meer SPs ontvingen een voorbehoedsmiddel. De verbeteringen waren meer uitgesproken bij de zorgverleners die in het begin het de zwakste prestatie hadden. Het gezamenlijk beslissingen nemen en de condoompromotie bleven op een significant hoger niveau nadat het pilot programma was afgelopen.

In *hoofdstuk 10* worden de belangrijkste algemene bevindingen behandeld. De SRG zorgbehoeften voor vele adolescenten werden beantwoord met een relatief eenvoudige interventie, gebruik makende van bestaande gezondheidsvoorzieningen. Hoewel geen andere studies in Latijns Amerika overeenkomstige resultaten hebben gerapporteerd, werden dit wel elders gedaan. Activiteiten in de gemeenschap gecombineerd met gemakkelijke toegang tot adolescentvriendelijke gezondheidszorgvoorzieningen, lijken sleutelfactoren voor succes te zijn.

Vrouwelijke adolescenten waren vaker tevreden met de verleende zorg als zij met voucher de zorg gebruikt hadden. Vertrouwelijke en gegarandeerde toegang tot zorg bleken factoren die in belangrijke mate hieraan bijdroegen. De meeste hulpverleners bleken niet goed voorbereid op de taak van consult met adolescenten, noch wat betreft technische kennis noch wat betreft hun communicatieve vaardigheden. Dit legt de nadruk op de noodzaak de training van de artsen op dit gebied te versterken. Daarnaast verklaart het waarom een voucherprogramma dat zich richt op het verbeteren van de SRG zorg voor adolescenten, training van de zorgverleners en ontwikkeling van systemen voor feedback en ondersteuning moet bevatten, wil het duurzaam effect hebben. Extra aandacht voor het verbeteren van de kwaliteit van de SRG zorg is belangrijk omdat het de zorgverleners zijn die bepalen of huidige en toekomstige behoeften worden vervuld. Dit komt door twee factoren. Ten eerste door de cruciale rol die zorgverleners hebben bij het identificeren en tegemoetkomen aan de behoeften van de meisjes, en ten tweede

door de cruciale rol die gebruikerstevredenheid heeft in de acceptatie van gegeven adviezen en hun interesse opnieuw gebruik te maken van de zorg.

Op basis van de empirische studies waarop dit proefschrift is gebaseerd, hebben we een aantal beleidsrelevante conclusies kunnen trekken.

Ten eerste kan het vervullen van de behoefte van adolescenten aan confidentiële SRG-zorg in belangrijke mate bijdrage aan de preventie van ernstige publieke gezondheidsproblemen gerelateerd aan vroege tienerzwangerschap, ongewenste zwangerschap en geslachtsziekten.

Ten tweede levert het bereiken van seksueel actieve adolescenten die nog niet zwanger zijn waarschijnlijk de hoogste publieke gezondheidswinst op.

Ten derde kunnen door middel van een voucherprogramma bestaande gezondheidszorgvoorzieningen toegankelijk, geschikt en acceptabel worden gemaakt voor adolescenten op een relatief snelle manier en zonder enorme investeringen.

Ten vierde is het betrekken van adolescenten in de interventie cruciaal om op deze op een effectieve wijze te kunnen afstemmen op hun behoeftes.

Ten vijfde genereert een 'comprehensive' (veelomvattend) voucherprogramma, waarmee een voucherprogramma wordt bedoeld dat expliciet aandacht besteed aan het verbeteren en ondersteunen van de zorgverleners, waarschijnlijk een duurzamere verbetering in de kwaliteit van de zorg dan een 'competetive' voucherprogramma waarbij de concurrentie tussen zorgverleners centraal staat.

Ten zesde, een waardevol gebied voor verder onderzoek is het bepalen of het bereik van de interventie kan worden uitgebreid naar andere groepen adolescenten door het ontwikkelen van een systeem dat de adolescentvriendelijkheid van de bestaande klinieken vaststelt en deze accreditatie prominent laat zien buiten de klinieken.

Last but not least, de duurzaamheid van een voucherprogramma ligt in diens potentieel blijvende veranderingen teweeg te brengen in de manier waarom adolescenten gezondheidszorg gebruiken en in de manier waarop de zorgverleners hen ontvangen. Gezien de aanzienlijke directe kosten die uitgespaard worden, zowel op het individueel niveau als op het gemeenschapsniveau, als de aantallen ongewenste zwangerschappen en SOA's dalen, is de interventie waarschijnlijk zeer kosteneffectief.

Het voucherprogramma bleek een effectieve benadering te zijn om de behoeften te vervullen van vele adolescenten in Managua, en later in andere Nicaraguaanse steden – en het is waarschijnlijk dat het ook elders effectief zal blijken. Het vervullen van de behoeften van adolescenten voor SRG zorg stelt hen in staat de risico's van hun seksueel gedrag te verminderen en de verantwoordelijkheid op

zich te nemen voor hun eigen welzijn en dat van hun partners. Daarom is de belangrijkste aanbeveling die voortkomt uit ons onderzoek om nu te beginnen met het uitvoeren van voucherprogramma's voor adolescenten. Het is belangrijk om daarbij goede evaluatiestrategieën op te nemen, zodat het verschil dat toegankelijke, betaalbare, geschikte en vertrouwelijke SRG zorg kan maken op de kwaliteit van en de keuzemogelijkheden in het leven van adolescenten in ontwikkelingslanden, kan worden gevolgd en gemeten.